

424/2014 - LO QUE EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR OCULTA

M. Bernal Lacarcel¹, Á. Velasco Soria², M. Orenes Ferrández¹ y A. Pérez Ballesta¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Andrés. Murcia. ²Médico de Familia. Centro de Salud de San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 69 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, DM 2, poliposis colónica, FA persistente y SAHS. Tratamiento: furosemida 40 mg, allopurinol 300 mg, metformina 850 mg, simvastatina/ezetimiba 20/10 mg, olmesartán/hidroclorotiazida 20/12,5 mg y anticoagulado con acenocumarol 4 mg (INR en rango óptimo terapéutico). Consulta en Atención Primaria por disnea progresiva de 10 días de evolución hasta hacerse de medianos esfuerzos y sensación de palpitaciones. Ante sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) es derivado a hospital donde se confirma TEP de riesgo intermedio alto. Como parte del estudio y ante elevación de marcadores se realiza TAC abdominal con contraste, observándose proceso adenopático mesentérico y retroperitoneal. Es remitido a Oncología para completar estudio y tratamiento multidisciplinar.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. TA: 143/72 mmHg. FC: 53 lpm. FR: 16 rpm. SatO2: 95%. ACP: Arrítmico con soplo sistólico tricuspídeo. Abdomen: normal. En analítica: proBNP: 497 pg/ml, dímero D: 1.206 ng/ml, PSA: 12,3 ng/ml, INR: 2,68, fibrinógeno: 414 mg/dl. Marcadores tumorales: Ca 19,9: 52,8 U/ml, CEA: 17,6 ng/ml, B2-microglobulina: 2,44 mg/l. Ecocardiograma TT: compatible con TEP. Eco abdominal: sin hallazgos. TAC abdominal con contraste: Hallazgos compatibles con proceso adenopático mesentérico y retroperitoneal en eje central sugestivo de proceso linfoproliferativo o metástasis prostáticas. BAG y PAAF: Adenocarcinoma bien diferenciado CK-7 (+), CDX-2 (+) de origen gastrointestinal. Gastroscopia: lesión ulcerada e infiltrante de 4 cm en curvatura menor.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar de riesgo intermedio-alto. Adenocarcinoma gástrico.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma de próstata, linfoma, síndrome coronario agudo, FA descompensada, derrame pleural.

Comentario final: El TEP puede ser la primera manifestación de una neoplasia oculta. En nuestro caso se presenta como debut de un adenocarcinoma gástrico en un paciente correctamente anticoagulado. Este hecho nos hace reflexionar que incluso aunque en la literatura científica existan escasos estudios que especifiquen la rentabilidad de búsqueda de una neoplasia oculta en un paciente con TEP, sería recomendable realizar marcadores tumorales y ecografías en TEP idiopáticos, ya que la tendencia de esta asociación supone un aumento de la mortalidad.

Bibliografía

1. Monreal M, Lensing A, Prins M, Bonet M, Fernández-Llamazares J, Muchart J, et al. Screening for occult cancer in patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary embolism. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2004;2:876-81.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Neoplasia oculta.